Formulario de Autorización (Opcional)

Si desea que se le proporcione información sobre su cuenta de Basic Health a un tercero, o que éste ayude con su solicitud o cambios futuros a su cuenta, complete, firme y coloque la fecha en este formulario. Usted puede:

- Utilizar el formulario en este momento adjuntándolo a su solicitud y enviándolo en el sobre que se proporciona para tal fin; **o**
- Llenar y enviar por correo el formulario a Basic Health, P.O. Box 42683, Olympia, WA 98504-2683 en cualquier momento.

Este permiso estará vigente hasta que abandone Basic Health o nos indique que lo cancelemos.

Este formulario es únicamente para Basic Health. No se utilizará para información médica, Basic Health *Plus*, el Programa de Beneficios de Maternidad, o su plan de salud.

Para: Basic Health

La(s) persona(s) consignada(s) a continuación está(n) autorizada(s) a actuar como representante(s) de mi persona o de mi familia en la preparación y presentación de la solicitud de Basic Health y en cambios futuros en mi cuenta de Basic Health.

La(s) persona(s) consignada(s) a continuación puede(n) brindar la información necesaria para el proceso de mi solicitud, inscripción y cambios futuros en mi cuenta de Basic Health.

Entiendo que mediante la firma de este formulario no he autorizado a que se divulgue o comparta la información sobre mi salud.

Esta autorización seguirá vigente mientras me encuentre inscrito en Basic Health a menos que notifique a Basic Health la cancelación de la misma.

Nombre del solicitante (letra de molde): _____

Número de seguro social del solicitante (voluntario), o número de identificación de Basic Health, una vez asignado, si fuera diferente al número de seguro social: _____

Nombre(s) de la(las) persona(s)/representante(s) autorizado(s) para acceder a la cuenta:	Parentesco con el solicitante O nombre de la organización (indicar número de teléfono o fax):

Debe firmarlo usted y su cónyuge (de ser aplicable)

X _____	_____	_____
Su firma	Número de seguro social (voluntario)	Fecha
X _____	_____	_____
Firma del cónyuge	Número de seguro social (voluntario)	Fecha

Firma de todos los niños de 18 años y mayores que reciben cobertura de Basic Health

X _____	_____	_____
Firma	Número de seguro social (voluntario)	Fecha
X _____	_____	_____
Firma	Número de seguro social (voluntario)	Fecha

La ley del estado de Washington podría ordenar la divulgación de cualquier información que usted haya presentado como instrumento público. Basic Health es administrado por la Autoridad de Salud. El aviso de privacidad de la HCA está disponible a solicitud de los interesados llamando al 360-923-2822 o en Internet en **www.hca.wa.gov**.